69e Année. 11e Série. Tome I. N° 9 26 Février 1898

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Revue Clinique de Médecine, Chirurgie & Obstétrique

Directeur : Dr F. DE RANSE

SOMMAIRE. — Bulletin : Le choix d'un médecin par les Sociétés de Secours mutuels, par Debaut-Manoir. — Ophtalmologie : Du rôle des maladies générales dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse diffuse, par Georges Desvaux. — Revue des Sociétés Savantes de la Semaine : *I. La Médecine.* — *II. La Chirurgie.* — Revue de Chirurgie. — Les Livres nouveaux. — Variétés : Affaire Heim. — La maladie du sommeil. — Formules. — Nouvelles et Faits divers. — Bulletin bibliographique. — Prime a nos Abonnés.

BULLETIN

Le choix d'un médecin par les Sociétés de Secours mutuels.

Dans l'un de nos récents Bulletins, nous avons attiré l'attention de nos confrères sur la situation désormais faite aux médecins par les Sociétés de Secours mutuels. Or, les mutualistes, non contents de payer leurs visites au tarif minimum, pour ne pas dire à un taux dérisoire, ne veulent même plus se conformer aux avis que le médecin attitré d'une Société leur donne !

Ainsi, sur ordonnance, vous envoyez un de ces malades, atteint d'une affection difficile à diagnostiquer ou à traiter à la campagne avec les moyens dont on dispose, à un spécialiste de la ville, pensant être utile à votre client. Vous croyez peut-être qu'il va vous écouter : Pas du tout ! Il s'empresse d'aller voir un autre médecin, sans se douter qu'il est, lui, tout à fait incompétent dans le choix à faire de la personne qui doit l'examiner ou le soigner.

Il ne s'agit pas là d'hypothèses à priori, imaginées pour les besoins de la cause. Les faits prouvent que nous n'exagérons rien. En effet, récemment, le Tribunal civil d'Ancenis avait à juger le cas suivant.

Un des membres de la Société de Secours mutuels, l'*Ancénienne*, souffrant d'une affection oculaire, consulta le médecin de la dite Société. Ce dernier crut devoir lui conseiller d'aller voir, à Nantes, un spécialiste, ophtalmologiste connu. Le malade, comme bien on pense, au lieu de se rendre à l'adresse désignée, courut se présenter chez un autre médecin de Nantes qu'il connaissait. Celui-ci le soigna et le guérit. Rien de mieux. Mais, après guérison, le mutualiste ne voulut rien savoir, en ce qui concernait les honoraires de ce praticien, et pria sa Société de payer l'ophtalmologiste qu'il avait choisi lui-même, fort de ses lumières. La Société, on le devine, refusa de s'exécuter. Elle trouva, d'ailleurs, un excellent prétexte pour se tirer d'affaire, car elle fit remarquer que le malade aurait dû suivre les avis du médecin et aller consulter le spécialiste indiqué.

Le mutualiste, quoique guéri, ne voulut rien entendre ; et il intenta un procès à la Société en paiement des dits honoraires !

Le juge de paix du pays, brave homme, né Français certainement, mais peu malin, n'hésita pas à donner gain de cause au plaignant. Comment donc ? Il était peut-être mutualiste lui-même !

La Société l'*Ancénienne* ne se tint pas cependant pour battue. Elle porta le différend devant le tribunal civil d'Ancenis qui, avec raison, infirma le jugement du juge de paix, débouta le malade de sa demande et le condamna aux dépens. Avouons que c'est justice.

Ainsi, voilà donc un mutualiste, qui, en théorie n'est qu'un pauvre diable, et qui n'hésite pas à s'offrir le luxe d'un procès ! Cela n'est-il pas scandaleux ? Quand on est aussi riche, il vaudrait mieux, n'est-il pas vrai, commencer par payer son médecin, au prix fort raisonnable des visites ordinaires, plutôt que

d'aller, en vain du reste, gaspiller force papiers timbrés. Mais l'homme est ainsi fait; et nous sommes presque tous dignes de ce roué campagnard, qui a été pris à son propre piège. Et nous croyons encore de notre intérêt d'être médecin de Sociétés de Secours mutuels!

Dr Debaut-Manoir.

OPHTALMOLOGIE

Du rôle des maladies générales dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse diffuse.

Par le Dr Georges Desvaux (d'Angers),
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Ancien Interne de la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu
Et de la Clinique oto-laryngologique de Lariboisière.

De toutes les maladies de l'œil, la kératite parenchymateuse est certainement une de celles dont l'étiologie a été le plus vivement discutée, depuis l'important mémoire d'Hutchinson en 1858. Quelques années plus tard, notre Maître, M. le Professeur Panas, dans une des séances de la Société de Chirurgie, novembre 1871, combattit les idées trop exclusives du célèbre chirurgien anglais, et montra qu'en dehors de la syphilis, un certain nombre de diathèses, parmi lesquelles la tuberculose, le rhumatisme, la goutte, l'impaludisme, pouvaient donner naissance à cette variété de kératite. Depuis, les discussions ont été vives et les auteurs se sont partagés en plusieurs groupes, les uns intransigeants, ne voulant voir dans la kératite parenchymateuse qu'une manifestation de la syphilis héréditaire, les autres admettant, en outre, comme cause, la syphilis acquise, d'autres enfin, et nous partageons l'avis de ces derniers, reconnaissant en dehors de cette étiologie, un grand nombre d'autres causes.

La kératite parenchymateuse diffuse a été remarquée et signalée depuis longtemps sous des noms divers, tels que cornéite scrofuleuse (Mackenzie), kératite profonde, kératite diffuse, kératite interstitielle, kératite vasculaire, kératite ponctuée (Sichel). Mais, c'est Hutchinson qui, par ses remarquables travaux, attira vraiment l'attention sur la kératite parenchymateuse diffuse, profonde, celle dont nous nous proposons d'étudier ici l'étiologie et les rapports avec les maladies générales.

La kératite parenchymateuse est-elle une manifestation syphilitique, et exclusivement syphilitique, comme le veut Hutchinson? Dans son ouvrage (1), en effet, l'auteur anglais, avant d'affirmer son opinion, que cette kératite chronique diffuse se développe chez les sujets atteints de syphilis héréditaire, écrit cette phrase: « Certes, je ne serai pas absolu, au point d'affirmer que la kératite interstitielle de forme typique ne se rencontre que chez les sujets atteints de syphilis héréditaire, mais je ne cacherai pas que c'est ma conviction. » Cette kératite est-elle, au contraire, une manifestation pouvant dépendre d'autres diathèses, ou bien ne serait-ce pas plutôt une lésion commune pouvant dériver de causes diverses? C'est ce que nous allons examiner. C'est en 1857, qu'Hutchinson chercha à rattacher cette forme de kératite à la syphilis héréditaire. En 1859 et 1860, l'auteur fournit de nouvelles preuves et, en 1863, il publia un mémoire où la maladie se trouve décrite dans tous ses détails.

Les altérations des dents et surtout celles des deux incisives supérieures majeures, avec l'échancrure spéciale à leur bord libre, seraient très fréquemment observées chez les malades atteints de kératite parenchymateuse (Hutchinson). C'est cependant un symptôme qui est loin de se rencontrer dans tous les cas, et qui est même très rare.

En réfléchissant, d'autre part, aux caractères assignés par Hutchinson aux dents des malades atteints de kératite diffuse, il est aisé de se convaincre qu'il ne s'agit là que de dents rachitiques, comme on en voit tant, et que, dès lors, rien ne prouve l'origine syphilitique de cette espèce d'atrophie des dents.

« Les malformations dentaires, dit le Dr Antonelli (2) dans sa thèse, sont certainement parmi les stigmates hérédo-syphilitiques les plus fréquents, mais leur polymorphisme les rend très peu caractérisées, surtout lorsqu'il s'agit de malformations rudimentaires, ou peu prononcées. Notons, en outre, combien de fois les dents de Hutchinson font défaut, dans des cas avérés de syphilis héréditaire. Elles manquaient, en effet, dans nombre de nos observations, où les stigmates rudimentaires du fond de l'œil étaient les seuls, comme signes personnels, et où les données anamnésiques ne laissaient pourtant pas de doute sur la tare du jeune sujet. Notons enfin, combien de fois les altérations dentaires, que Horner a signalées comme étant

(1) *Clinical memoir on certain diseases of the eye and ear consequent of inherited syphilis;* by J. Hutchinson. — London, 1863.

(2) A. Antonelli. *Les stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire.* Thèse, Paris, 1897.

l'apanage du rachitisme, se rencontrent sur des enfants hérédo-syphilitiques, ce qui est du reste justifié par les rapports qui existent entre la syphilis héréditaire et le rachitisme. Parrot, qui a si bien étudié l'*odontopathie atrophique* de la syphilis congénitale, est arrivé jusqu'à soutenir que le rachitisme n'était qu'une des formes de la syphilis héréditaire (1).

Pourquoi conclure de quelques faits où l'on trouve des antécédents syphilitiques chez les parents, lorsque tant d'autres faits contredisent la théorie?

Dans nos 51 observations, nous n'avons trouvé que trois fois seulement l'altération des incisives décrite par Hutchinson. Dans 33 cas, la dentition était très régulière et les dents en parfait état. Dans les autres cas, les dents étaient mauvaises, irrégulières, mais ne présentaient rien de caractéristique.

A la triade d'Hutchinson appartient un autre signe important, l'ouïe dure et la surdité. Dans les observations rapportées par von Hippel, ce dernier aurait observé 8 fois la surdité ou l'ouïe dure, 38 fois l'oreille n'ayant rien, et 39 fois les renseignements manquaient. Dans deux de ces cas, il y avait de l'otite moyenne chronique; dans quatre autres où l'examen de l'oreille ne fut pas fait, l'un était nettement tuberculeux et deux très probablement syphilitiques. Dans nos observations, nous n'avons rencontré qu'exceptionnellement des troubles de l'ouïe. Dans 43 cas, l'ouïe était normale. Il n'y avait aucune modification de l'acuité auditive. Dans 3 cas, il y avait de l'otite moyenne suppurée des deux côtés, et dans 5 autres l'ouïe était dure et l'acuité auditive notablement diminuée. Davidson (2) dit, que dans la surdité combinée à la kératite et aux dents d'Hutchinson, c'est la trompe d'Eustache et le tympan qui sont malades. Ce qu'il y a de plus intéressant, c'est que dans deux cas où il y a eu surdité et kératite, cas très graves, après iridectomie, kératite et surdité aient été améliorées. Cinq fois les troubles de l'ouïe ne sont apparus qu'après la kératite.

La syphilis héréditaire peut, comme on le voit, déterminer des accidents très variés du côté de l'oreille; mais il faut ajouter que, dans bien des cas, l'organe de l'ouïe n'est pas intéressé. M. Hermet a vu un certain nombre de syphilitiques héréditaires entendant très bien, qui n'avaient jamais eu d'écoulements, et dont la membrane du tympan était absolument normale.

Les troubles auditifs, si rares et si inconstants, comme nous avons pu le constater nous-mêmes, n'ont donc que bien peu de valeur au point de vue de l'étiologie de cette kératite.

Après cette étude des altérations dentaires et auriculaires pouvant accompagner la kératite parenchymateuse, nous allons essayer d'établir, avant d'aller plus loin, la différence qui existe entre la kératite parenchymateuse primitive et la kératite parenchymateuse secondaire. Existe-t-il réellement une différence entre ces deux formes? Dans la forme primitive, la cornée est-elle véritablement prise, indépendamment de la maladie d'autres organes? Parmi les auteurs qui ne partagent pas cette opinion, il faut citer Arlt, qui affirme que cette inflammation n'apparaît qu'exceptionnellement, sans une inflammation des parties adjacentes, ou reste limitée à la cornée (dans la forme scrofuleuse), tandis que dans la forme syphilitique, apparaît fréquemment une inflammation concomitante du tractus uvéal. M. le Professeur Panas considère cette kératite comme primitive et croit que, sauf complications, le fond de l'œil reste normal. Fucho, Leplat et Bultze disent avoir rencontré, vers l'ora serrata, des plaques pigmentaires. Bach prétend que la formation de granulations tuberculeuses dans le lobe scléro-cornéen peut produire le syndrome de la kératite parenchymateuse primitive.

Un plus grand nombre d'auteurs considèrent la maladie de la cornée comme épiphénomène ou simplement comme le résultat d'une lésion plus profonde, peu ou pas visible, siégeant dans le tractus uvéal.

Stellwag von Carion surtout, s'exprime catégoriquement. « La kératite parenchymateuse, dit-il, ne doit pas être considérée comme une entité morbide, mais comme un épiphénomène dans un processus englobant au moins toute la région uvéale antérieure, et plus souvent, toute la choroïde et les organes adjacents. » Horner la considère comme un miroir dans lequel on voit les troubles profonds. Berry nomme la kératite parenchymateuse simplement « kératite secondaire ». Bergmeister distingue la kératite sclérale et choroïdale, en se basant sur le développement de la maladie, tandis que Stellwag n'admet pas cette division. Von Hippel, dans son premier travail, ne croyait pas devoir admettre une différence principale entre les formes primitive et secondaire. Les expé-

(1) Parrot. *La syphilis héréditaire et le rachitisme.— Progrès médical*, 1880.

(2) Davidson. *De la surdité dans ses rapports avec la kératite parmiforme et les dents incisives coniques.*

riences de Wagenmann et Koster ont montré que la section des artères ciliaires, ainsi que la ligature des veines vorticineuses, peuvent produire chez les cobayes une maladie analogue à la kératite parenchymateuse. Dans ce cas, la kératite cliniquement primitive, fait suite à un traumatisme intéressant la choroïde. Les autopsies de cas de kératite parenchymateuse cliniquement primitive (Kruköw, Meyer, Fuchs, von Hippel, Hennicke), ont montré, sauf pour Kruköw qui ne le spécifie pas, que toujours les parties profondes ont été trouvées malades.

En 1888, Hirschberg affirmait que la participation du fond de l'œil était très fréquente : 16 pour 100. Dans cette affection, de pareilles modifications s'observent aussi fréquemment dans le segment antérieur du tractus uvéal. Et on peut citer à cet égard les observations de Hutchinson, Jœmisch, Dietlen, Bull, Stellwag, Horner, Fournier, Michel, Syme, Fuchs, Galezowsky, etc. D'après Hirschberg, ces foyers se voient bien dans un œil qui n'est pas encore atteint par l'affection cornéenne. Dans plusieurs de ses cas, von Hippel fit la même constatation. Chez 30 malades, il pratiqua l'examen attentif du fond de l'œil, et dans 18 cas, il observa des foyers sur la rétine; 12 fois il ne put les voir.

Bach cite un cas, dans lequel chez un individu tuberculeux, mais non syphilitique, on observa des choroïdites disséminées avec une kératite parenchymateuse.

M. Parinaud cite un cas semblable, qui avait comme cause le rhumatisme.

Ranschoff cite un autre cas dans lequel on avait diagnostiqué la tuberculose ou la syphilis acquise.

Cette lésion du fond de l'œil ne peut être considérée comme un symptôme constant, de sorte qu'on ne doit pas la regarder comme un signe caractéristique de la syphilis héréditaire.

Dans les 51 cas de kératite parenchymateuse que nous avons observés, lorsqu'il n'y avait qu'un seul œil qui fut atteint, nous n'avons rencontré qu'exceptionnellement de la choroïdite sur l'autre œil. Dans deux cas seulement, nous avons trouvé de la choroïdite disséminée vers l'ora serrata.

M. le Dr Antonelli, qui a étudié dans sa thèse les rapports qui existent entre les stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire et la kératite parenchymateuse, s'exprime ainsi : « La constatation des stigmates hérédo-syphilitiques du fond de l'œil peut avoir une grande importance pour la question étiologique de la kératite parenchymateuse. Des recherches récentes sont venues confirmer, en effet, que cette forme de kératite représente non rarement une manifestation de la tuberculose ou de la scrofule oculaire. Le diagnostic différentiel et les indications thérapeutiques pourront donc recevoir la plus grande lumière par l'examen du fond de l'œil.

Il est certain, ajoute-t-il, que d'une part si nous constatons des stigmates spécifiques au fond de l'œil d'un enfant qui nous est amené pour tout autre cause, et si nous lui faisons suivre quand même le traitement spécifique, nous pouvons avoir la chance de prévenir de la façon la plus heureuse et la kératite de Hutchinson, et les autres manifestations plus ou moins tardives, parasyphilitiques, de la spécificité congénitale. Si, d'autre part, l'enfant nous est amené, comme c'est le cas fréquemment, pour un commencement de kératite interstitielle d'un côté, avec intégrité de l'autre œil, l'examen ophtalmoscopique, au moins de l'œil qui possède encore une cornée bien transparente, peut trancher toute question étiologique, et nous faire entreprendre le traitement spécifique avec toute confiance de succès.

Il est vrai, que même les kératites interstitielles tuberculeuses ou scrofuleuses paraissent bénéficier grandement du traitement mercuriel (Panas) ; mais cela ne diminue pas la valeur du diagnostic que les stigmates ophtalmoscopiques peuvent nous fournir. Il était connu, du reste, quant à l'action curative du mercure, qu'elle peut être bien efficace dans des cas de tuberculose à manifestations localisées, telles que les tumeurs blanches ou, pour ce qui nous regarde de près, la kératite parenchymateuse. Ce fait, qui a reçu ces derniers temps de valides confirmations, enlève un peu de sa valeur à l'ancien axiome, établi surtout à l'égard de la syphilis : *naturam morborum ostendunt curationes*.

De sorte que, si la preuve du traitement n'est pas décisive, pour la question étiologique d'un cas déterminé de kératite parenchymateuse, si d'autres éléments sûrs de diagnostic nous manquent, le seul signe unique de la nature spécifique de l'affection, dans un cas donné, peut être fourni par les stigmates ophtalmoscopiques.

Bien des kératites interstitielles soupçonnées hérédo-syphilitiques, semblent, en effet, reconnaître l'origine tuberculeuse. Dès 1871, M. Panas a soutenu que la kératite parenchymateuse devrait être envisagée, non comme une manifestation propre de la syphilis, mais

comme le résultat d'un état dyscrasique général, que, dès lors, tout autre principe infectieux s'attaquant au produit de la conception, pourrait agir de même, tout en reconnaissant que le cas le plus fréquent est celui de la syphilis des ascendants. Forster et Mooren s'étaient prononcés dans le même sens, et M. Fournier s'est rattaché entièrement à cette doctrine; pour lui, la kératite de Hutchinson ne rentre pas dans les manifestations directes de la syphilis, mais bien dans celles purement dyscrasiques, à côté du tabes et de la périencéphalite, groupe qu'il désigne sous le nom de *lésions parasyphilitiques*, qui, comme telles, peuvent évoluer sur un terrain exempt de syphilis.

Il serait inutile, dit Antonelli, d'insister davantage sur les faits qui nous font refuser à la kératite interstitielle une signification univoque par rapport au syphilisme ; et si nous considérons que les malformations dentaires sont loin d'être constantes et caractérisées, qu'il en est de même des affections de l'appareil auditif, des affections articulaires et d'autres stigmates isolément considérés, nous comprendrons la haute portée que l'examen ophtalmoscopique peut avoir, surtout dans des cas douteux de spécificité congénitale.

En signalant « les foyers chorio-rétiniens équatoriaux, qu'on peut constater quelquefois avant l'apparition de la kératite parenchymateuse, et que l'on trouve très souvent, mais point régulièrement, après sa guérison », von Hippel leur nie toute valeur diagnostique différentielle, car parmi 30 observations de ce genre il aurait trouvé les dits foyers chez 18 malades, dont 3 étaient sûrement tuberculeux et non syphilisés. Or, ces cas nous semblent trop peu nombreux, pour faire refuser la valeur diagnostique différentielle aux lésions du fond de l'œil.

La choroïdite, d'après Fuchs, serait un des symptômes les plus fréquents de la kératite parenchymateuse; et si la cornée ne perdait pas sa transparence, rendant ainsi impossible l'examen à l'ophtalmoscope, on la remarquerait plus souvent. Et récemment, on vient d'émettre l'avis qu'une uvéite précède peut-être toujours l'affection cornéenne (Fuchs, Vossius, Wagenmann, V. Hippel, etc.).

D'après R. Greeffe, dans les cas rares, on remarque des changements dans la pression intra-oculaire. Quelquefois elle est abaissée. L'augmentation de tension est rare, et se présente seulement, si l'affection a duré longtemps. Ainsi, cet auteur a vu que, dans une kératite parenchymateuse évoluant très lentement, mais n'étant pas très intense, il s'est développé un kératocone avec augmentation de tension.

Quoiqu'on ne puisse en déduire que la kératite est le résultat des lésions profondes constatées, il est évident que la preuve anatomique de l'existence d'une kératite parenchymateuse, vraiment primitive, n'est pas encore faite.

En résumé, il n'est nullement prouvé que la kératite parenchymateuse, là où, cliniquement, elle paraît primitive, n'est pas une affection secondaire. Quand Michel considère la kératite comme le résultat d'une affection vasculaire du cercle ciliaire, apparaissant sous forme d'artérite syphilitique ou de dégénérescence hyaline, fonde-t-il cette opinion sur des analogies ou sur des examens anatomiques.

De nouveaux examens montreront si la kératite parenchymateuse est toujours secondaire; mais il n'est pas douteux que, dans l'immense majorité, le tractus uvéal est pris, soit consécutivement à la kératite, soit pendant la maladie, ou même avant.

Les maladies de la sclérotique et du tractus uvéal, malgré les mêmes symptômes cliniques, étant dues à toute une série de causes différentes, il est très peu vraisemblable que, pour la kératite, il n'y ait qu'une seule cause, la syphilis. On sait, en effet, que dans les publications sur le sujet qui nous occupe, le rôle principal est donné au conflit qui existe sur la théorie d'Hutchinson. Si on consulte les différents travaux, on voit que l'importance de la syphilis héréditaire dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse, qui a été d'abord fortement contestée, du moins en tant que cause directe (Panas, V. Hasner, Stellwag, Manz, Zeinl), a été presque complètement reconnue plus tard. M. Panas, dans son *Traité des maladies des yeux*, attribue un rôle important à la syphilis. Sur ce point, il existe entre les auteurs une concordance presque parfaite. Il est également admis presque universellement, que la kératite parenchymateuse n'est que rarement due à la syphilis acquise.

(A suivre).

AVIS. — MM. les Actionnaires de la **Gazette Médicale** *sont informés que l'Assemblée générale annuelle se tiendra au siège social, 6, rue de Monceau, le samedi 5 mars à 5 heures et demie.*

Aux termes des statuts, le présent avis doit être considéré comme une convocation régulière.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

DE LA SEMAINE

I. — MÉDECINE.

La *Société de Thérapeutique* a tenu sa séance habituelle le 9 février 1898. M. Poulet (de Plancher-les-Mines) préconise l'emploi du **tubage momentané de la glotte dans le traitement du croup.** La technique du procédé est très simple : On se sert d'une sonde uréthrale du n° 18 ou 20, avec laquelle on peut facilement combattre le spasme, qui est un des facteurs les plus importants de l'asphyxie chez les enfants atteints de croup. L'auteur emploie aussi concurremment la cautérisation avec le nitrate d'argent, qui modifie favorablement les surfaces malades. Les résultats obtenus sont très favorables : Le tubage remédie au tirage et favorise l'hématose, de sorte qu'il recule l'imminence de l'asphyxie. Sur 10 enfants, 7 ont été sauvés par cette méthode.

M. Gouguenheim, qui succède à M. Poulet, veut que l'on distingue les **scrofuleux** des **adénoïdiens.**

Le scrofuleux a le nez épaté, les lèvres épaisses ; le cou est porteur d'un chapelet ganglionnaire ; les muqueuses oculaires sont souvent affectées, et les orifices des muqueuses sont fréquemment le siège d'eczéma, d'impétigo, etc. L'adénoïdien, au contraire, a le nez mince, et la respiration chez lui ne se fait que par la bouche. Et parce que les végétations font obstacle à la respiration nasale, ce malade demeure toujours les lèvres béantes. Son cou, sa conjonctive, les muqueuses qui forment le pourtour des orifices naturels, sont généralement indemnes de toute lésion.

Enfin, M. Bocquillon énumère les médicaments qui peuvent s'incorporer dans les gelées d'agar et parmi lesquels il faut citer particulièrement le sublimé.

A la *Société de Biologie*, séance du 14 février, MM. Lapicque et Auscher communiquent les résultats de leurs **recherches sur le pigment sanguin qu'ils ont décrit sous le nom de rubigine** : Les auteurs ont cherché à en déterminer la production expérimentale, à l'aide d'injections, dans le péritoine d'un chien, du sang artériel d'un autre chien. Ils ont trouvé que l'accumulation se fait d'abord dans la rate et ce n'est que secondairement qu'il se produit une augmentation de fer dans le foie. On trouve la rubigine dans les mailles de la pulpe splénique. Dans le foie, il n'y a pas de localisation spéciale ; cependant la rubigine se rencontre surtout dans les espaces conjonctifs, entre les cellules hépatiques. Dans les capillaires on trouve des embolies de rubigine. On pourrait penser que la rubigine provient de la rate et arrive, par la voie sanguine, au foie.

M. Laveran fait remarquer qu'à l'état pathologique, au contraire, la rubigine s'accumule dans les cellules. M. Courmont présente sa communication sur le **sérum des lapins splénectomisés et les microbes pathogènes** : Les lapins splénectomisés ont une réaction microbiophile vis-à-vis du staphylocoque de Marmorek. MM. Le Roy des Barres et Weinberg déclarent qu'ils ont observé, nombre de fois, la **lactescence du sérum des sujets atteints de pustules malignes**, même si ces sujets ne présentent aucun phénomène clinique appréciable. Cette lactescence est probablement d'origine toxique.

MM. Féré et Laubry ont constaté les **variations de l'effet de l'atropine chez les épileptiques.** Celle-ci, instillée dans l'œil après un accès épileptique, déterminent une mydriase beaucoup plus marquée et rapide que lorsqu'on fait l'instillation assez longtemps après l'accès. Ces résultats pourraient s'expliquer par l'existence de l'épuisement nerveux qui suit l'accès. Enfin, M. Féré rapporte l'observation d'un sujet qui, pendant des années, eut de très fréquents **accès de surdité subite** de très courte durée. Un accès, plus long que d'habitude, se termina par une crise épileptique.

M. Weiss présente un **myographe** pour recueillir les contractions isométriques.

A la *Société de Médecine et de Chirurgie pratiques*, séance du 17 février, M. Toledano conclut ainsi sur les **revaccinations dans les écoles communales du VII^e^ arrondissement, pendant l'année 1897** : Depuis qu'on a introduit dans les écoles l'obligation de la revaccination, on voit le nombre des succès diminuer tous les ans. La proportion des succès est toujours plus élevée chez les filles et elle se montre plus forte chez les enfants des deux sexes, n'ayant pas atteint leur dixième année. Il est donc nécessaire de revacciner les enfants âgés de moins de dix ans.

II. — LA CHIRURGIE.

La séance du 9 février de la *Société de Chirurgie* a été consacrée surtout à la suite de la discussion sur le **traitement des abcès du foie.** M. Walther vient montrer combien le diagnostic de ce genre d'abcès est difficile. Le clinicien a le droit d'hésiter lorsque l'abcès est en formation ou même collectionné au début. L'auteur cite à l'appui de son affirmation les deux observations suivantes : D'abord celle d'un malade qui avait fait un séjour en Siam, avec accidents dysentériques ; de retour en France, il paraissait guéri, lorsqu'il fut pris subitement de douleur intense dans l'hypochondre droit ; il fut soigné pour de la congestion hépatique. L'état général s'aggrava et des vomissements incoercibles se produisirent. Alors M. Walther intervint, fit l'ouverture transpleurale et draina un abcès hépatique. La guérison suivit. Dans une seconde observation, il s'agit d'une négresse qui portait

une tumeur à l'hypochondre : l'auteur hésita entre un kyste hydatique et un abcès du foie. Enfin, chez un autre malade, âgé de 49 ans, qui fut déjà atteint précédemment de coliques hépatiques, il se produisit de nouvelles crises douloureuses et l'élimination de calculs biliaires. Malgré cette élimination, les douleurs ne diminuèrent pas et l'état général s'aggrava. On constata à droite des symptômes de pleurésie purulente. Le chirurgien fit la résection de la neuvième côte, et il trouva le diaphragme soulevé par une tumeur qu'il ouvrit largement. Un flot de pus s'écoula et on dut encore ouvrir dans le foie une poche purulente de moindre importance. Le malade guérit.

Il y a d'autres faits où on trouve le foie augmenté de volume, avec des phénomènes généraux, mais sans rien de précis. Parfois on peut faire une série de ponctions et ne rien trouver, bien qu'il y ait un abcès énorme. Au point de vue étiologique, l'auteur signale seulement ce fait curieux d'un abcès du foie avec streptocoques, développé à la suite d'une plaie du doigt. M. Gérard-Marchant a lui-même constaté les difficultés que présente le diagnostic : Il cite le cas d'un malade observé par lui, et dont le foie présentait une voussure exagérée. M. Gérard-Marchant fit une laparotomie latérale et explora le foie : Il était augmenté de volume, rouge; l'auteur explora à gauche; mais, à cause de l'incision latérale, cette exploration fut insuffisante ; il referma la plaie. Le malade mourut quatre semaines après l'opération et, à l'autopsie, il trouva un abcès énorme dans le lobe gauche. Aussi faut-il toujours, dans les cas douteux, faire une laparotomie franche, médiane et très large et ne pas hésiter à pratiquer des ponctions.

M. Bazy lit ensuite une communication envoyée par M. Dubrandy (de Lille) et relative à la **ponction hypogastrique avec drainage sus-pubien** chez un prostatique. Il s'agit ici d'un malade de 76 ans qui, en 1893, vint consulter M. Dubrandy; celui-ci pratiqua la ponction avec le gros trocart courbe et introduisit une sonde par la canule du trocart. Pendant quatre ans et dix mois, ce malade a conservé un tube hypogastrique et il a succombé à une hémorrhagie cérébrale.

M. Reynier préfère l'uréthrotomie externe au cystodrainage.

M. Reynier fait ensuite une communication sur le résultat d'expériences concernant la **suture après section de l'uretère et du cholédoque chez le chien.**

Enfin M. Gérard-Marchant présente un malade atteint d'**arthrite médio-tarsienne tuberculeuse**, traitée et guérie par les injections de chlorure de zinc.

Dans la séance du 16 février, communication importante faite par M. Kirmisson sur une observation adressée par M. J.-L. Faure, et relative à une **double ostéotomie pour fracture ancienne de Dupuytren vicieusement consolidée.** Après ostéotomie cunéiforme du tibia et linéaire du péroné, M. Faure dut, pour remédier au valgus qui s'est produit, par contracture des péroniers latéraux, faire une ténotomie, puis dédoublement et suture des tendons, de façon à obtenir un allongement de 5 centimètres des péroniers. M. Faure n'a pas fait une résection orthopédique. Par l'ostéotomie au-dessus du cal vicieux, on n'agit pas sur la déformation elle-même, on redresse la jambe, il est vrai, mais par une situation de compensation. Dans la fracture de Dupuytren, c'est au niveau de l'articulation tibio-tarsienne que siège la déformation, souvent très considérable. Il y a un éclatement du plateau tibial, formant un fragment intermédiaire qui va se placer entre le tibia et le péroné, comme un coin, et est un obstacle invincible à la réduction. Ce sont ces lésions qui persistent après l'ostéotomie au-dessus de la lésion. C'est ce qui est survenu dans le cas de M. Faure, et le malade a continué à marcher mal.

L'auteur est donc d'avis qu'à l'ostéotomie double, il faut préférer la résection du plateau tibial. Il l'a pratiquée huit fois; le résultat fonctionnel en est meilleur que celui de l'ostéotomie. Pour ce qui concerne l'autoplastie tendineuse linéaire, l'auteur pense, qu'après doublement d'un large tendon comme le tendon d'Achille, on peut encore obtenir un résultat satisfaisant; mais le sphacèle serait peut-être à craindre, lorsqu'il s'agit de tendons aussi minces que ceux des péroniers. M. Reynier pense que l'on peut obtenir un certain résultat, mais non parfait, par l'ostéotomie non articulaire. L'auteur a pratiqué, pour des fractures non consolidées, différentes résections, mais dans les cas seulement où il avait jugé l'ostéotomie insuffisante.

M. Lucas-Championnière, de son côté, pense que, si la résection ne donne pas des résultats tout à fait satisfaisants, c'est qu'on ne la fait pas assez large. Il faut que le pied soit, sur la jambe, absolument ballant et puisse se replacer comme on le désire, pour que le membre soit utile.

M. Schwartz se range à l'avis de M. Reynier : L'axe du pied doit passer par l'axe de la jambe, mais il faut tenir compte des raideurs articulaires, qui peuvent jouer un rôle important dans le résultat fonctionnel de l'intervention.

M. Hagopoff lit un mémoire sur l'**instrumentation pour la gastrostomie, la gastro-anastomose.**

Citons, au cours de la séance, l'élection de M. Guinard, comme membre titulaire, par 28 voix sur 34 votants. Toutes nos félicitations.

A la *Société Anatomique*, séance du 11 février 1898, plusieurs communications curieuses pour la rareté des sujets qu'elles traitent : celle de M. Pascal sur une **très volumineuse tumeur de l'ovaire**, qui pesait 9 kil. 700 et qui avait été prise pour un kyste. L'ablation de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un énorme chou-fleur,

papillaire à sa périphérie, lardacé au centre. L'examen des coupes des portions végétantes fit hésiter entre un fibro-papillome à cellules cylindriques et un épithéliome muqueux papillaire et kystique.

Voici une seconde communication assez singulière de M. Paul Delbat : il s'agit d'une pièce recueillie sur le cadavre d'un homme ayant marché pendant assez longtemps avec un **fémur fracturé** immédiatement en dedans du grand trochanter. Malgré l'ancienneté, il n'y avait aucune tendance à la réparation; il s'était formé une sorte de capsule emboîtant le grand trochanter et permettant la marche.

M. Castaigne, à son tour, montre des pièces relatives à un cas de **sigmoïdite ulcéro-végétante de l'artère pulmonaire**, avec infarctus multiples dans le poumon. La lésion, due au streptocoque, s'était développée chez un enfant de 15 ans, à la suite de la fièvre typhoïde.

M. Finet nous ramène aux circonstances ordinaires de la vie médicale par sa communication sur un cas de **grossesse compliquée de fibromes.** Il s'agit ici d'une femme de 36 ans, n'ayant jamais eu de grossesse, réglée normalement jusqu'en avril 1897, ayant eu depuis des pertes irrégulières, parfois insignifiantes, quelquefois assez inquiétantes. L'accroissement exagéré du volume du ventre, les hémorrhagies répétées, l'état multilobé de la tumeur abdominale, et surtout l'existence dans le cul-de-sac postérieur, d'une tumeur volumineuse remplissant le petit bassin, refoulant en haut, en avant et à droite le col, devenu presque inaccessible, firent penser à une grossesse compliquée, puis éliminer complètement l'idée de grossesse. On fit l'hystérectomie abdominale et on constata la présence de deux gros fibromes situés à droite et en avant, masquant dans une certaine mesure l'utérus gravide, et d'un troisième gros fibrome implanté largement sur le segment intermédiaire, obstruant complètement la filière pelvienne, tellement enclavé dans le bassin que, dans l'éviscération de la tumeur abdominale, une déchirure se produisit en arrière, au point d'implantation du fibrome pelvien. En raison de la forme de la tumeur, le cul-de-sac antérieur seul était accessible. C'est par lui qu'il fallut commencer la manœuvre. La malade sortit guérie de l'hôpital, un mois après l'opération.

Puisque nous en sommes au chapitre de la gynécologie, mentionnons la séance du 9 février 1898 de la *Société obstétricale et gynécologique* et signalons tout d'abord la communication de M. L. Tissier qui a trait également à un **utérus fibromateux gravide** : Celui-ci provenait d'une femme de 38 ans, enceinte pour la première fois, comme la malade de M. Finet, et dont la grossesse, au bout de deux mois, se compliqua d'hémorrhagies répétées. A l'examen, on constata l'existence d'une tumeur volumineuse, dure, irrégulièrement lobulée, qui occupait la plus grande partie de la cavité abdominale, et qui était enclavée dans le petit bassin. On pratiqua l'hystérectomie abdominale totale. La cavité utérine avait une profondeur de 13 centimètres. Les parois en étaient antérieurement confondues avec le fibrome. Au fond de la cavité, s'attache une masse, de laquelle pend un cordon ombilical : c'est l'œuf ouvert, dans lequel il est impossible de retrouver la moindre trace d'embryon.

Après une communication de MM. P. Bar et R. Mercier, sur un cas de **rupture spontanée d'une corne utérine à la fin de la grossesse**, M. Bonnaire présente une observation d'**auto-intoxication thyroïdienne d'origine gravidique.** Il s'agit d'une primigeste de 24 ans, sans antécédents goîtreux ou névropathiques, et chez laquelle, au cours de la grossesse, il s'est déclaré une intumescence thyroïdienne à croissance et à décroissance rapides, avec suffocation, cyanose, orthopnée et paralysie de la corde vocale droite. Au septième mois, à l'occasion d'une crise d'asphyxie extrêmement intense, on tenta d'évacuer prématurément l'utérus au moyen du ballon Tarnier, pendant qu'un traitement iodé était institué par voie stomacale : les phénomènes de suffocation grave disparurent alors et la tumeur se mit à régresser. Le ballon expulsé, les contractions utérines cessèrent, et on laissa la grossesse continuer. En même temps, apparurent de la fièvre, des troubles hystériformes. En quatre semaines, le goître diminue, puis la régression s'arrête et même l'intumescence reprend un peu. On voulut pratiquer l'opothérapie thymique, mais l'albumine, disparue depuis six semaines, réapparut dans l'urine et nécessita l'administration exclusive du lait.

L'auteur conclut à une auto-intoxication thyroïdienne, à une maladie de Basedow fruste (sans exophthalmie, ni tachycardie) liée à la grossesse et caractérisée par l'intumescence thyroïdienne, la fièvre thyroïdienne, les troubles hystériformes et l'albuminerie.

A la *Société de Médecine et de Chirurgie pratiques*, le 17 février dernier, M. Bilhaut fait une communication sur l'**utilité de la radiographie dans les traumatismes du coude.** Il insiste d'abord sur la difficulté que présentent souvent, au point de vue du diagnostic, les traumatismes du coude et cite plusieurs observations. Il faut d'abord faire l'examen radioscopique, puis recourir à la radiographie, surtout chez les très jeunes sujets, dont les cartilages, très faciles à traverser, ne se trouvent suffisamment indiqués que par le dernier mode d'exploration.

M. Bilhaut put, grâce aux rayons X, en pratiquant une arthrotomie et des résections osseuses partielles, remédier dans une certaine limite aux suites néfastes de l'intervention brutale et irraisonnée d'un empirique de Sens sur une fillette atteinte d'un traumatisme du coude.

A. P. S.

REVUE DE CHIRURGIE

MEYER (Rudolf). — **Beitræge zur Frage der Riesenzellenbildung um Fremd Kœrper unter dem Einflusse des Iodoforms.** [*Contribution à l'étude de la formation des cellules géantes autour des corps étrangers, sous l'influence de l'iodoforme*]. — *Archiv. f. Klin. Chir.*, Berlin, 1897, L. V., Heft, 3, 676-693.

L'auteur a fait des recherches sur la question de savoir si la formation des cellules géantes est entravée par l'iodoforme. Les expériences, faites sur des cobayes et des lapins, ont démontré que le processus de guérison des corps étrangers est plus rapide dans le péritoine des premiers, que dans celui des derniers ou dans le tissu sous-cutané. Dans ce processus, l'iodoforme empêche la transformation des corps étrangers en tissu conjonctif et, par cela même, il entrave la formation des cellules géantes. L'auteur n'a pas pu constater la chimiotaxie positive dans l'action de l'iodoforme, de sorte qu'on ne peut attribuer à celui-ci une force inflammatoire; par contre, l'iodoforme détermine une décomposition rapide des cellules exsudatives pénétrées dans les corps étrangers. Comme conclusion pratique, l'auteur recommande le tamponnement avec lavage iodoformé, même dans les opérations aseptiques.

BRAULT (J.). — **Macroglossie. Lymphangiectasies du plancher de la bouche et des régions cervico-faciales. Amputation conoïde de la langue. Guérison.** — *Annales des Maladies de l'oreille, du larynx, etc.* (Extrait). — Paris, Masson, 1897, 417-422.

G. Marcel, âgé de 17 mois, est apporté à la clinique de Mustapha le 4 mars 1897. L'auteur constata une macroglossie assez intense; le traitement électrolytique fut institué. Pendant dix mois, les séances d'électrolyse se succédèrent, et l'électropuncture semblait se montrer efficace, lorsque tout à coup la langue, et tout le côté gauche de la face, prirent un développement énorme. A ce moment, la situation du petit G. est très alarmante: la langue épaisse remplit la bouche; la respiration est très gênée; l'alimentation, même liquide, est des plus difficiles.

L'amputation conoïde de la langue, décidée, est acceptée. Après anesthésie, l'auteur taille dans la langue un cône à base antérieure. A la suite de l'opération, la langue rentre en dedans des arcades, et sa base renversée n'obstrue plus les voies digestives et respiratoires.

Quatre jours après sa sortie de l'hôpital, l'enfant a une nouvelle poussée; le cou et le côté gauche de la face ont pris un développement énorme. Dans le liquide ambré retiré des pseudo-kystes, l'auteur a trouvé le pneumocoque à l'état pur. Après l'évacuation artificielle des dilatations lymphatiques, une amélioration très grande survient. Aujourd'hui, tout est rentré dans l'ordre.

BRAULT (J.). — **Lipomes congénitaux des deux yeux.** — Extr. des *Archives d'Ophtalmologie*, juillet 1897. — Paris, Steinheil, in-8°, 4 p.

Un enfant de 4 ans entre à l'hôpital, pour deux gros bourrelets qui menacent de lui recouvrir les yeux. La vision du côté gauche est entièrement abolie, la cornée est opaque, l'iris adhérent et l'œil présente une hypotonie marquée. A droite, les lésions oculaires ne sont plus irréparables; à la périphérie de la cornée, en deux points, l'on remarque bien des petites taches très opaques, mais la vision n'en est pas trop gênée. Une intervention double est jugée nécessaire. Anesthésie au chloroforme. Canthoplastie, extirpation de la tumeur orbito-oculaire, dissection des deux lambeaux conjonctivaux de chaque côté du bourrelet, de façon à permettre une réunion plus facile et à éviter un symblépharon; ablation de la conjonctive exubérante avec les masses néoplasiques et suture de la brèche. Les suites furent très simples; l'ablation des fils eut lieu huit jours plus tard. L'œil étant un peu trop découvert, on fait une retouche; les deux bords de l'encoche sont largement avivés en croissant, de façon à allonger la ligne de contact et à produire un petit bourrelet inférieur. Sept jours après, les fils sont enlevés, l'encoche a disparu et la paupière, moins ouverte, recouvre mieux le globe oculaire.

CREDÉ. — **Silber als æuseres und inneres Antisepticum.** [*L'argent comme antiseptique à l'intérieur et à l'extérieur*]. — *Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin, 1897, Bd L.V., Heft, 4, p. 861-871.

Dans la première partie de cet ouvrage, l'auteur fait la récapitulation de ses expériences antérieures et la confirmation des résultats obtenus alors par des expériences nouvelles. M. Credé considère sa méthode comme pouvant rendre autant de services que l'antisepsie la plus compliquée et la plus minutieuse. L'auteur a essayé d'obtenir la désinfection de l'organisme tout entier par les sels d'argent. Mais il a obtenu très peu de chose par les injections sous-cutanées d'actol (lactate d'argent) parce que la solution injectée reste sur place, et donne parfois lieu à des foyers de ramollissement. L'action, d'après l'auteur, serait possible, si l'on pouvait faire circuler l'argent métallique directement dans le courant sanguin ou dans le courant lymphatique. La fabrique de produits chimiques de Heyden, à Dresde, fournit une préparation d'argent, qui se dissout presque complètement dans l'eau distillée et reste dissoute dans les substances albuminoïdes, et spécialement dans les liquides animaux vivants. Cette préparation d'argent se dissout dans l'eau

à raison de : 1/20, et peut être injectée sous la peau en solution de 1/100, ou même plus concentrée, sans douleur aucune. L'auteur considère l'absorption de cette préparation par la peau comme démontrée, si l'on fait des frictions avec un onguent où elle entre en quantité assez notable. Les onguents avec cette préparation d'argent sont recommandés par l'auteur en cas de lymphangites, de phlegmons, dans les processus septiques qui surviennent dans les maladies infectieuses, comme la scarlatine, la diphtérie, etc.

A. P. S.

LES LIVRES NOUVEAUX

E. Verrier. — **Compendium thérapeutique des maladies nerveuses.** — Paris, Maloine, 1898.

Excellent petit manuel, précédé d'une préface du Professeur Raymond. Il comble une lacune. La tâche entreprise par l'auteur était délicate; il s'en est tiré à son honneur.

Les traitements de chaque maladie sont exposés dans une série de chapitres où les affections ont été classées alphabétiquement.

Voici la liste des principales : anesthésies, atrophies, chorée, épilepsie, hystérie, myélites, neurasthénie, névralgies, névrites, paralysies, scléroses, etc.

L'ouvrage se termine par des considérations générales sur l'hydrothérapie et la thérapeutique thermale applicables aux maladies nerveuses. On sait que M. E. Verrier est un hydrologue des plus distingués.

Nilfilatow (A.). — **Diagnostic et Séméiologie des Maladies de l'Enfance** (*Traduction de la 4e Ed. Russe*, par E. Périer). — Paris, Rueff et Ce, 1898.

L'ouvrage du Professeur de Pédiatrie de l'Université de Moscou, que vient de faire traduire M. E. Périer, est connu de tous les médecins. Il n'existait pas de livres analogues en France. C'est un manuel, de gros volume, destiné à faciliter la recherche des principaux symptômes des affections les plus communes. Chaque symptôme est étudié en détail, et le tableau clinique de chaque affection est donné avec un soin tout spécial.

Après un important chapitre consacré à l'examen des enfants et à l'anamnèse, l'auteur a abordé l'étude des affections des différents systèmes; puis il a traité des maladies générales chroniques apyrétiques, à localisations variables (scrofule, rachitisme, syphilis), fébriles aiguës, sans localisation précise et fébriles aiguës, avec marche cyclique et éruptions.

Des notes nombreuses ont été ajoutées au texte russe par M. E. Périer. C'est là, certainement, une publication qui rendra de réels services à tous les praticiens.

Ausset (E.) et Mouton. — **Des injections de solutions salines dans les broncho-pneumonies infantiles.** — *Médecine infantile*, Paris, 1898, 7 pages.

Les auteurs ont pratiqué les injections de solutions salines dans un certain nombre de cas de broncho-pneumonie grave. Ces injections, faites à la dose de 200 gr. par jour environ, déterminaient des résultats immédiats : la tension artérielle se relevait, le cœur était soulagé, la température baissait, l'albumine disparaissait après deux injections. Les cinq observations citées confirment ces résultats qui sont bien dûs au sérum, et non aux autres médications énergiques administrées, notamment aux bains chauds, puisque ces médications seules étaient presque inefficaces. Les auteurs rattachent cette influence du sérum à la phagocytose qu'il excite, comme l'avait déjà montré le Professeur Lépine. En tous cas, cette influence est dès à présent bien établie, dans ce petit travail très clair et très concis, qui fait honneur à l'esprit scientifique des auteurs.

Von Bokay (J.), de Budapest. — **Application de l'intubation à la pratique infantile en dehors des cas de diphtérie.** — *Médecine infantile*, Paris, 1898, 19 pages.

L'auteur a voulu apporter un certain nombre d'observations précises, personnelles, à l'appui de la méthode de O'Dwyer, qui appliquait l'intubation au traitement des sténoses chroniques. On peut d'abord l'appliquer, avec succès, aux sténoses syphilitiques, aux rétrécissements cicatriciels non syphilitiques, et à la laryngite sous-glottique chronique hypertrophique : cinq observations citées par l'auteur démontrent ce fait. On peut l'appliquer encore aux cas difficiles de décanulement chez les trachéotomisés. L'auteur cite deux observations. On peut l'appliquer dans les cas de corps étrangers des voies respiratoires supérieures, comme O'Dwyer l'avait déjà indiqué; l'expectoration de ces corps étrangers peut se faire à travers la lumière du tube correspondant à l'âge de l'enfant. Enfin on peut employer l'intubation comme procédé auxiliaire facilitant la trachéotomie. En dehors de tous ces cas, les auteurs ont encore eu recours au procédé de O'Dwyer dans certains cas de laryngite aiguë, œdème du larynx, spasme de la glotte, etc. C'est bien là ce qui justifie les paroles prononcées déjà en 1887 par O'Dwyer : « Si l'intubation du larynx subissait un échec complet dans le traitement du croup, je me trouverais néanmoins largement récompensé des sacrifices que j'ai faits pour la développer; car je crois qu'elle constitue la méthode la plus pratique et la plus rationnelle que l'on ait imaginée jusqu'à présent, pour la dilatation du rétrécissement chronique de la glotte ».

I. B. S.

VARIÉTÉS

Affaire Heim

Une erreur s'est glissée dans notre compte rendu de la dernière séance du Conseil supérieur relativement à l'affaire Heim. Le premier grief, fait à M. Heim, était relatif à ses négligences de gestion administrative ; le deuxième à l'insertion dans un exposé de titres, de travaux non encore publiés mais dont quelques-uns, il est vrai, étaient en cours de publication. Cet exposé n'était pas produit, comme nous l'avons dit, à l'appui de la candidature de M. Heim à la succession du professeur Baillon. M. Heim fut porté spontanément par la Faculté sur la liste de présentation à cette chaire sans qu'il ait fait acte de candidature puisqu'il n'avait pas atteint l'âge réglementaire de 30 ans.

La notice visée était relative à sa candidature (en juillet 1897) au poste de Chef des travaux pratiques d'histoire naturelle, dont la direction intérimaire lui était confiée et pour laquelle il n'avait alors aucun concurrent.

La maladie du sommeil.

On a beaucoup parlé depuis quelque temps, de la maladie du sommeil, qui serait limitée, paraît-il, aux sujets d'origine africaine.

Deux savants de l'Université de Coïmbre, d'aprés la *Revue scientifique*, pensent avoir prouvé qu'il s'agit là simplement d'une maladie microbienne. Dans le sang d'un jeune nègre atteint de maladie du sommeil depuis plus de trois ans, ils ont trouvé un bacille, donnant des filaments dans les cultures sur sérum, entre 30° et 37°, avec formation de spores. Ce microbe, inoculé à des lapins, les tue en 25 à 50 jours, avec une température inférieure à la normale, et une perte de poids de 30 à 45 0/0, précédée de tristesse, d'abattement, de parésie des membres postérieurs.

Cette terrible maladie n'est pas, croyons-nous, particulière à l'Afrique. Dans les collèges d'Europe, nous pouvons affirmer qu'à certains cours, et pendant une suite notable d'années, nous avons vu plusieurs sujets atteints de cette affection, et nous croyons rendre hommage à la vérité, en disant que nous en avons été nous-mêmes victimes. Actuellement, la maladie sévit encore, et le microbe, signalé par les savants de Coïmbre, semble localisé dans des amphithéâtres — ou même des théâtres, que nous nous dispensons d'énumérer. Il serait peut-être intéressant d'y faire des recherches et de poursuivre la destruction d'un microbe, dont nous serions désolés, pour notre compte particulier, de voir nos lecteurs devenir victimes.

FORMULES

Gelée d'agar au sublimé contre l'érysipèle.

(M. P. Gallois).

Eau		100 grammes.
Gélose		1 gramme.
Sublimé corrosif	àâ	0 gr. 10 centigr.
Acide tartrique		

F. S. A. — Usage externe.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Hôpitaux de Paris. — M. le Dr Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux samedi 5 mars 1898, à dix heures et quart du matin et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Académie de Médecine. — L'Académie de Médecine est autorisée à accepter le legs fait par le Dr Magitot et consistant : 1° En une somme suffisante pour constituer une rente annuelle de 500 fr. destinée à la fondation d'un « prix Magitot » ; 2° Dans toute la portion de la bibliothèque relative à la stomatologie.

Legs Tarnier. — Le Pr Tarnier, ancien membre de l'Académie pour la section d'accouchement, lègue à l'Académie de Médecine une somme de 5,000 fr. de rente, avec mission pour elle de fonder un prix annuel de 3,000 fr., portant son nom et destiné à récompenser alternativement le meilleur ouvrage qui aura été présenté, une année, sur une question d'obstétrique, l'autre année, sur une question de gynécologie. Ce prix ne pourra être partagé. L'Académie est autorisée à disposer à son gré du reliquat de 2,000 fr. de rente et même en aliéner le titre, selon ses besoins.

Désinfection des Bibliothèques. — A New-York, dit la *Semaine Médicale*, toutes les bibliothèques publiques ont été réunies en principe en une seule, dont le directeur est M. le Dr Billings. Notre confrère a décidé que, lorsque la Bibliothèque centrale fonctionnera, tous les livres ayant circulé dans le public seront désinfectés dans cet établissement même, avant d'être remis à leur place. A cet effet, il sera construit un appareil spécial dans lequel les ouvrages séjourneront pendant deux heures, laps de temps reconnu nécessaire pour que les vapeurs de formaldéhyde aient tué tous les microorganismes. Ce procédé de désinfection ne détériorerait en rien les ouvrages et donnerait pleine garantie contre toute contagion ; il aurait, de plus, l'avantage de faire périr en même temps les parasites, qui se trouvent généralement dans la reliure des livres anciens.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

HAYEZ. imprimeur de l'Académie royale des Sciences, des Lettres et des Beaux-Arts de Belgique, 112, rue de Louvain, Bruxelles.

DEPAGE (A.). — **Un cas de résection du ganglion de Gasser. Un cas de résection de la troisième branche du trijumeau à la sortie du trou ovale.** — Brochure in 8° de 8 pages. Bruxelles, 1897.

DEPAGE. — **Résection temporaire du maxillaire par le procédé de Kocher pour polypes naso-pharyngiens.** — Brochure in-8° de 5 pages. Bruxelles, 1897.

DEPAGE. — **De la valeur relative des différents procédés de création de l'anus artificiel en cas de cancer du rectum.** — Brochure in-8° de 7 pages. Bruxelles, 1897.

DEPAGE. — **Note sur un cas de résection du foie pour kyste hydatique.** — Brochure in-8° de 10 pages. Bruxelles, 1897.

AGENCE CENTRALE
DE LA
Presse Scientifique Internationale
Paris. — 93, boulevard Saint-Germain, 93. — Paris

PETITES ANNONCES DE L'AGENCE
SERVICE SPÉCIAL
A LA
Gazette Médicale de Paris
TÉLÉPHONE : n° **810.53.** — ADRESSE TÉLÉGRAPHIQUE : **APS — Paris.**

Tout Abonné a droit, **gratis**, *à une annonce de deux lignes par année. — La deuxième annonce et les suivantes se paient à raison de 0 fr. 25 la ligne. — Pour les personnes non abonnées, l'insertion est cotée à 0 fr. 50 la ligne.*

N° 1. — **UN MÉDECIN** *demande à acheter des numéros dépareillés de l'***Index Medicus**. — *On offre des prix exceptionnels, pour pouvoir compléter une collection. — S'adresser au Journal.*

N° 2. — **L'INSTITUT DE BIBLIOGRAPHIE** demande des Correspondants étrangers à Berlin, Saint-Pétersbourg et Vienne. — S'adresser à l'Institut, 93, Boulevard Saint-Germain, Paris.

N° 3. — **POSTE MÉDICAL.** — Cession d'un poste médical à Sainte-Anne-d'Auray; produits touchés 8,000 francs, dont fixe par deux communautés religieuses; par suite du décès de M. le Dr Duchesne, on cèderait sa maison toute montée : mobilier, bibliothèque, instruments, cheval, voiture, etc., avec très peu de comptant. — S'adresser au Journal.

PRIME AUX NOUVEAUX ABONNES
DE LA
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Tous les nouveaux abonnés de la GAZETTE MEDICALE DE PARIS pourront se procurer, avec 50 0/0 de réduction, les ouvrages ci-dessous en vente à l'INSTITUT DE BIBLIOGRAPHIE, 93, boulevard Saint-Germain, Paris.

BAUDOUIN (Marcel). — **Guide médical à l'Exposition universelle internationale de 1889.** — 3 fasc. — Avec de nombreuses figures dans le texte. — Paris, 1889. — Prix : 8 fr.

BAUDOUIN (Marcel). — **Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétro-déviations de l'utérus.** — Belle broch. in-8° de 415 pages, avec 22 figures dans le texte. — Paris, 1890. — Prix : 10 fr.

DEFONTAINE (Le Creusot). — **Chirurgie du foie proprement dite. Voies biliaires exceptées.** — Broch. in-8° de 62 pages avec 22 figures dans le texte. — Paris, 1897. — Prix : 4 fr.

SIEUR (de Lyon). — **Des opérations par la voie sacrée.** — Broch. in-8° de 200 pages avec 11 figures dans le texte. — Paris, 1896. — Prix : 6 fr.

VINCENT (de Lyon). — **Contribution clinique à l'étude de la résection pathologique de la hanche. Observations avec réflexions et commentaires.** — Beau vol. avec 79 figures dans le texte. — Paris, 1895. Prix : 8 fr.

AVIS TRES IMPORTANT

Tout étudiant en médecine, qui enverra à la *Gazette Médicale de Paris*, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, deux exemplaires de sa thèse de doctorat, aura droit *gratis* à un abonnement d'un an, à la seule condition d'en adresser la demande écrite aux bureaux de l'Institut de Bibliographie.

L'Administrateur-Gérant : Émile PEINSON.

Paris. — Imp. de la BOURSE DE COMMERCE (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.